



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE TENNESSEE
SALUD AMBIENTAL**

**Solicitud para Procedimientos de Contacto con las Manos Descubiertas
Presentar a tnvariance.committee@tn.gov**

- 1) **Nombre del Establecimiento:** _____
- 2) **Número de Permiso del Establecimiento:** _____
- 3) **Dirección del Establecimiento:** _____
- 4) **Persona Responsable:** _____
- 5) **Enumere el Procedimiento y los Alimentos listos para el consumo que específicamente van a ser considerados en el uso de manos descubiertas en contacto con alimentos listos para el consumo:**

- 6) **Instalaciones para el Lavado de manos:**
 - a) Hay un lavabo para manos ubicado justo junto al aviso del procedimiento de contacto con las manos descubiertas, y el lavabo se mantiene en servicio de conformidad con las disposiciones en 1200-23-1.
 Sí NO (Incluir diagrama, foto u otra información)
 - b) Todos los baños tienen uno o más lavabos para manos, en ellos o en ubicación adyacente, y los lavabos están equipados y se mantienen en servicio de conformidad con las disposiciones en 1200-23-1.
 Sí NO
- 7) **Política sobre Salud de los Empleados:** La política sobre salud de los empleados, por escrito, tiene que adjuntarse a este formulario más la documentación que indique que los empleados a cargo de alimentos y aquéllos bajo empleo condicional reconocen sus responsabilidades.
- 8) **Entrenamiento de los Empleados:** Proporcionar documentación que indique que los empleados a cargo de alimentos han recibido entrenamiento en:
 - Los riesgos de poner en contacto las manos descubiertas con alimentos específicos listos para el consumo.
 - Salud y actividades personales en lo que se relacionan a enfermedades transmisibles por alimentos.
 - Procedimientos para el debido lavado de las manos, que incluyan cómo, dónde y cuándo lavarse, y se refieran al cuidado de las uñas.
 - Prohibición de portar de joyas
 - Buenas prácticas de higiene



- 9) **Documentación de Prácticas del Lavado de manos:** Proporcionar documentación que indique que los empleados a cargo de alimentos estén siguiendo los procedimientos para el debido lavado de las manos con anterioridad a la preparación de alimentos, así como otros procedimientos que sean necesarios para prevenir contaminación cruzada durante todas las horas de operaciones, cuando sea que alimentos específicos listos para el consumo se preparen o toquen con las manos descubiertas.
- 10) **Documentación de Medidas de Control Adicionales:** Proporcionar documentación que demuestre que los empleados a cargo de alimentos estén utilizando dos o más de las siguientes medidas de control al contactar alimentos listos para el consumo con las manos descubiertas:
- Lavado de manos dos veces
 - Uso de cepillos para las uñas
 - Uso de desinfectante de manos luego del lavado de manos
 - Programas de incentivar, tales como tiempo libre con sueldo, para alentar a los empleados a cargo de alimentos a no trabajar cuando estén enfermos.

Acuerdo sobre Variaciones

Una vez que una variación es aprobada, el Departamento verificará que el plan esté siendo seguido como parte del proceso de inspección en curso. Si se determina que no se está siguiendo la variación, o si se observan deficiencias recurrentes, podrá requerirse una audiencia. Si las deficiencias persisten, el caso pasará al Departamento para consideración de aprobación a continuar o para revocación de la variación.

En el lugar mismo y ubicada convenientemente tiene que mantenerse una copia de la variación, de modo que esté disponible para su revisión por parte de los empleados idóneos a cargo de alimentos y del Departamento durante inspecciones de rutina.

Declaración: Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es exacta y entiendo que cualquier desviación, sin aprobación del Departamento con anticipación, podrá anular la aprobación de la variación. Entiendo que, de estar incompleta, se me devolverá esta solicitud y ello retrasará más su procesamiento. Yo he leído y entendido el Acuerdo sobre Variaciones.

Presentar a tnvariance.committee@tn.gov

Sólo para uso del Departamento de Salud de Tennessee:	
Número de Permiso: _____	
Se realizó revisión de archivos sobre el historial de cumplimiento de lavado de manos:	
Sí _____ No _____	
Se realizó visita del local <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios: _____

<input type="checkbox"/> Aprobado: Fecha de Vigencia: _____	
<input type="checkbox"/> No Aprobado: Razón para la Denegación: _____	

Revisado por _____	